استناد به این مقاله: رنجبر، ادریس؛ رسولی، محسن؛ ثنایی، باقر (۱۳۹۳). تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان پسران سال اول متوسطه مدارس شبانه‌روزی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴ (۱)، ۵۴-۳۷

تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان پسران سال اول متوسطه مدارس شبانه‌روزی

ادریس رنجبر[۱]، محسن رسولی[۲]، باقر ثنایی[۳]

دریافت: ۱۳۹۱/۵/۱۱ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

مشکلات و مسائل روانی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر دارد ازاین‌رو شناخت عوامل مؤثر بر آن از اهمیت فراوانی برخوردار است. پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی صورت گرفت. در این پژوهش جامعه‌ی آماری، دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه که در مدارس شبانه‌روزی شهرستان دیواندره در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ مشغول به تحصیل بودند، می‌باشد. تعداد اعضای نمونه ۲۰ نفر بودند که به‌صورت نمونه-گیری تصادفی و بر اساس نمرات آن¬ها در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (*GHQ28*)، انتخاب شدند، سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۰ نفر) قرار گرفتند. این پرسش‌نامه دارای روایی و پایایی مناسب است. روش تحقیق به‌صورت نیمه آزمایشی بود. از آزمون تحلیل چند متغیره برای آزمون تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. این پژوهش دارای ۵ فرضیه درزمینه‌ی تأثیر معنادرمانی گروهی در کاهش علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی و افزایش عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی بود. در فرضیه‌های کاهش علائم جسمانی و اضطراب و افزایش عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی فرض صفر رد شد، اما معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی تأثیر معناداری نداشت. در پایان می‌توان نتیجه گرفت معنادرمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: سلامت‌روان، معنادرمانی گروهی، نوجوانان

[۱].کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی تهران، Edris.Ranjbar2010@Gmail.Com

[۲]. استادیار گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران

[۳].استاد بازنشسته گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران

مقدمه

سلامت‌روان[۱] یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی است که هرساله حجم زیادی از تحقیقات را به خود اختصاص می‌دهد. در عصر حاضر به علت پیشرفت‌های فناوری و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، تأمین سلامتی افراد جامعه یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی در هر کشوری محسوب می‌شود. گینزبرگ[۲] سلامت روان را تسلط و ارتباط صحیح با محیط اطراف به‌خصوص در زمینه‌های عشق، کار و تفریح می‌داند و معتقد است که استعداد یافتن و ادامه‌ی کار، داشتن خانواده و ایجاد محیط خانوادگی خرسند، فرار از مسائلی که با قانون درگیری دارد، لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصت‌ها، ملاک تعادل و سلامت روان است (Milanifar,1999 به نقل از Ginzburg, 1990).

نوجوانی[۳] دوره‌ای بین کودکی[۴] و بزرگ‌سالی[۵] است. با توجه به این‌که سال‌های نوجوانی دوره شکل‌گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی انسان است، بروز نابسامانی‌ها و از جمله آسیب‌پذیری به اختلالات روانی می‌تواند قابلیت‌ها و درنهایت آینده و سرنوشت فرد را تحت تأثیر جدی قرار دهد. ازاین‌رو توجه به نیازهای نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است (Robert & els,1998)؛ زیرا بسیاری از آسیب‌های روانی دوران بزرگ‌سالی درواقع ادامه‌ی مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (Masuodzadeh & els, 2004 به نقل از Kaplan & Sadock, 1998).

با توجه به این‌که دسته‌ای از نوجوانان در مراکز شبانه‌روزی زندگی می‌کنند، مطالعات حاکی از آن است که این نوجوانان، در شرایطی نامطلوب زندگی کرده و با تنش‌ها و مشکلات عدیده‌ی محیطی، جسمانی و روانی مواجه هستند (Rsouli & els,2010). عوامل خطر[۶] متعددی در زندگی این گروه از نوجوانان وجود دارند که در حقیقت پیامد ناشی از زندگی در چنین شرایطی تلقی می‌شوند و سلامت روان آن‌ها را تهدید می‌نماید؛ که می‌توان به فقدان حمایت خانواده و امیدواری (Simsek & els,2007)، احساس غربت[۷] ناشی از زندگی در محیط‌های خوابگاهی (Fisher & Hood,1998)، سازگاری[۸] در محیط‌های اجتماعی (Mansour, Molasharifi, Vakhshour, 2009) اشاره کرد. بر طبق گفته‌ی Wu- Dunn (2006) مشکلاتی که این افراد با آن موجه هستند عبارت از اضطراب از سازگاری با محیط جدید،

[1] Mental Health
[2] Ginzburg
[3] Adolescence
[4] Infancy
[5] Adulthood
[6] Risk factors
[7] Homesickness
[8] Adjustment

دل‌تنگی برای محل زندگی، نداشتن عادات مطالعه‌ی درست، خجالت و کمرویی، ترس از برخوردار نشدن از حمایت دیگران است. برخی از افراد به‌سرعت خود را با شرایط جدید انطباق می‌دهند و با حفظ سلامت خود، موفقیت‌های اجتماعی و تحصیلی را کسب می‌کنند. ولی برخی قادر به سازگاری نبوده و این مسئله باعث افت تحصیلی شده و همچنین بر عملکرد آنان در زندگی فردی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (Mansour & els, 2009 به نقل از Wu- Dunn,2006).

یکی از روش‌هایی که می‌تواند برای تمامی افراد مؤثر باشد، مشاوره گروهی[1] است. علاوه بر صرفه‌جویی در وقت و هزینه، در این روش افراد بیشتری شرکت می‌کنند. در این گروه‌ها افراد می‌توانند مشکلات خود را در حضور اعضاء به‌طور مستقیم حس و تجربه کنند؛ بنابراین می‌توان گفت تجربه‌های گروهی به واقعیت زندگی افراد نزدیک‌تر است و از ارزش درمانی بیشتری برخوردار است. ازجمله رویکردهای مشاوره و درمان گروهی در ارتقای سلامت روان، رویکرد معنا درمانی است. معنا درمانی[2] که توسط فرانکل ابداع‌شده، بر آن است که با تحقق معنا، زندگی جلوه بدیعی یابد و همه‌چیز حتی درد و رنج در پرتو آن قابل‌پذیرش و تحمل بشود و این امر انسان‌های درون تهی و رنجور از خلأ وجودی را به اوج می‌کشاند (Sholtz, 1977 ترجمه‌ی Khoshdel, 2004). نقش معنا درمانگر وسعت بخشیدن به میدان دید بیمار است تا آن جا که معنا و ارزش‌ها در میدان دید و حیطه خودآگاه بیمار قرار گیرد. او به بیمار کمک می‌کند تا برای خود معنای وجودی خود را یافته و ترغیب شود آن را کاملاً محقق سازد. برای انجام این کار، معنا درمانگر آزادی و مسئولیت یعنی دو ویژگی بارز انسان را دوباره به بیمار برمی‌گرداند (Frankel, 1967 ترجمه‌ی Maarefi, 2006).

پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده‌ی تأثیر معنا درمانی در موقعیت‌های مختلف بوده است. اثربخشی معنادرمانی گروهی در مواردی از جمله: سلامت روان مردان مبتلابه ویروس HIV (Roudini,2005)، سلامت روان زنان (Afkhamrezaie, 2008)، سلامت روان زنان سالمند (Fakhar, 2006)، سلامت روان زنان آسیب‌دیده از زلزله (Ghanbarizarandi, 2008)، مشکلات روانی زنان مبتلابه سرطان سینه (Gerefmi, 2009)، افسردگی بیماران مبتلابه MS[3] (Rezaie, 2008, Godrati & els, 2010)، سلامت روان افراد الکلی (Sunheechoo, ۲۰۰۸)، بیماران دارای اختلال شخصیتی چندگانه (Hutzell & Jerkins, 1990)، ناامیدی نوجوانان (Hedayati, 2006) نشان داده‌شده است. شایان‌ذکر است پژوهش‌های انجام‌شده

[1] Group Counseling
[2] Logo Therapy
[3] Multiple Sclerosis

بیشتر در مورد جمعیت‌های بزرگ‌سال بوده و نوجوانان، مخصوصاً دانش‌آموزان خوابگاهی که با مشکلات خاص خود روبرو هستند و سلامت روان آن‌ها در معرض خطر است، موردتوجه قرار نگرفته است؛ بنابراین برای اولین بار در این پژوهش محقق به دنبال پاسخ این سؤال بود که آیا مشاوره‌ی گروهی با رویکرد معنا درمانی می‌تواند در افزایش سطح سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر باشد؟

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه‌ی اصلی تحقیق به این شرح است که معنادرمانی‌گروهی برافزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر هست که آن را می‌توان به فرضیه‌های فرعی زیر تقسیم نمود:

۱. معنادرمانی‌گروهی بر کاهش علائم جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.
۲. معنادرمانی‌گروهی بر کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.
۳. معنادرمانی‌گروهی در بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.
۴. معنادرمانی‌گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

روش پژوهش

روش مورداستفاده در این تحقیق، آزمایشی و به‌صورت طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری دانش‌آموزان پسر خوابگاهی سال اول متوسطه‌ی شهرستان دیواندره بود که در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ مشغول به تحصیل بودند. نمونه موردنظر به‌این‌ترتیب انتخاب شد از بین مدارس متوسطه‌ی شبانه‌روزی پسرانه‌ی شهرستان که ۵ مدرسه بود، به‌صورت تصادف یکی از مدارس انتخاب گردید. سپس پرسش‌نامه‌ی سلامت روان در بین دانش‌آموزان خوابگاهی پایه‌ی اول این دبیرستان که ۸۳ نفر بودند اجرا گردید و از بین دانش‌آموزانی که بیش‌ترین نمره را کسب کرده بودند (بالاتر از نمره‌ی برش ۲۳) تعداد ۲۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و با استفاده از روش انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ 28): این پرسش‌نامه، برای اولین بار توسط (Goldberg, 1971)

تنظیم و به‌طور وسیعی به‌منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به‌کاربرده شده است. این آزمون دارای ۴ خرده مقیاس (علائم جسمانی، اضطراب وبی خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی) است که هر خرده مقیاس دارای ۷ سؤال هست (Fathiashtiani, 2009).

خرده مقیاس اول شامل مواردی درباره‌ی احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آن‌ها است و با نشانه‌های جسمانی همراه است. مواد این خرده مقیاس در پرسش‌نامه در سؤال‌های ۱ تا ۷ مشخص‌شده است.

پرسش‌های خرده مقیاس دوم شامل مواردی است که با اضطراب وبی خوابی مرتبط‌اند. هفت ماده‌ی مربوط به این خرده مقیاس در سؤال‌های ۸ تا ۱۴ مشخص‌شده‌اند.

خرده مقیاس سوم گستره‌ی توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آن‌ها را درباره‌ی چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. هفت ماده‌ی مربوط به این خرده مقیاس در سؤال‌های ۱۵ تا ۲۱ آمده است.

چهارمین خرده مقیاس دربرگیرنده‌ی مواردی است که با افسردگی اساسی و گرایش به خودکشی مرتبط‌اند و هفت ماده‌ی متمایزکننده‌ی آن در پرسش‌نامه با سؤال‌های ۲۲ تا ۲۸ مشخص‌شده‌اند (Fathiashtiani, 2009).

در بررسی Goldberg & Wilyams (۱۹۹۸) اعتبار تصنیفی برای کل پرسش‌نامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. میزان اعتبار این پرسش‌نامه به شیوه‌ی همسانی درونی (آلفای‌کرونباخ) برای مقیاس‌های علائم جسمانی ۰/۸۵، اضطراب وبی خوابی ۰/۷۸، عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۹۱ و کل پرسش‌نامه ۰/۸۵ به‌دست‌آمده است (Fathiashtiani, 2009). Taghavi (۲۰۰۱) به‌منظور تعیین اعتبار این پرسش‌نامه از روش باز آزمایی استفاده نمود. نتایج به‌دست‌آمده با روش باز آزمایی برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب وبی خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ بود (Fathiashtiani, 2009).

در بررسی Chenchen (۱۹۸۳) جهت بررسی روایی همزمان از پرسش‌نامه‌ی چندوجهی مینه‌سوتا استفاده نمودند و به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. Kamen,Wilson & Kalman (۱۹۸۳) دو پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و مقیاس ناامیدی بک را اجرا نمودند و ضریب روایی همزمان ۰/۶۹ را گزارش دادند (Fathiashtiani, 2009).

شیوه‌ی اجرا

جلسات مشاوره‌ای بعد از انتخاب نمونه و جایگزینی آن‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل شروع شد. با توافق اعضاء، روزهای برگزاری جلسات گروه معین شد و درحالی‌که گروه آزمایشی در جلسات مشاوره شرکت می‌کردند، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات مشاوره طی ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید.

اهداف هر یک از جلسات به‌صورت زیر بود:

جلسه‌ی اول، سامان‌دهی جلسات، توجیه آزمودن‌ها، آشنایی اعضای گروه باهم و صحبت در مورد سلامت روان و عوامل مؤثر بر آن. جلسات دوم و سوم، مسائل و مشکلات دوران نوجوانی در گروه به بحث گذاشته شد. جلسه‌ی چهارم، آگاهی اعضا نسبت به آزادی و مسئولیت انتخاب در گروه بحث شد. جلسه‌ی پنجم، شناخت اعضا نسبت به قوانین حاکم بر زندگی‌شان و تقویت حس مسئولیت‌پذیری موردبررسی قرار گرفت. جلسه‌ی ششم، معنایابی در ابعاد گوناگون زندگی موردبحث قرار گرفت. جلسه‌ی هفتم، آشنایی با تعالی خویشتن، کشف معنا از طریق آرزوهای شخصی موردبررسی قرار گرفت. جلسات هشتم و نهم، تکنیک قصد متضاد به اعضا آموزش داده شد. جلسه‌ی دهم، آموخته‌های جلسات قبل موردبررسی قرار گرفت و مباحث خلاصه و جمع‌بندی شد. در پایان جلسات گروهی پس‌آزمون روی هر دو گروه انجام گرفت.

روش تجزیه‌وتحلیل اطلاعات: برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل آزمون t برای بررسی تفاوت میانگین دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون و بررسی دو پیش‌فرض تساوی واریانس گروه‌ها و همگنی شیب رگرسیون‌ها و در پایان از آزمون تحلیل چند متغیره برای آزمون تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

آمار توصیفی

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که میانگین سلامت‌روان گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون با گروه کنترل تفاوت زیادی ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات سلامت‌روان گروه آزمایش کاهش‌یافته و از میانگین گروه کنترل کمتر شده است.

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت‌روان دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس-آزمون

	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۳۰	۶/۷۵	۱۰	۲۸/۹۰	۵/۸۰
آزمایش	۱۰	۳۲/۲۰	۶/۱۱	۱۰	۱۹/۶۰	۳/۹۴

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین بعد علائم جسمانی در مرحله پس‌آزمون در گروه کنترل افزایش اندکی یافته است، درحالی‌که میانگین گروه آزمایش کاهش قابل‌توجهی نشان داده است.

جدول (۲): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد علائم جسمانی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۶/۵۰	۲/۲۲	۱۰	۶/۶۰	۱/۸۴
آزمایش	۱۰	۸/۰۰	۲/۸۷	۱۰	۵/۰۰	۱/۵۶

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که میانگین بعد اضطراب وبی خوابی در مرحله پس‌آزمون در هر دو گروه کنترل و آزمایش کاهش‌یافته است، با این تفاوت که میزان کاهش میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بیشتر است.

جدول (۳): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد اضطراب وبی خوابی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۸/۴۰	۲/۸۴	۱۰	۷/۸۰	۲/۹۷
آزمایش	۱۰	۸/۱۰	۲/۹۶	۱۰	۴/۵۰	۱/۵۸

همان‌طور که نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد، میانگین عملکرد اجتماعی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش‌یافته است، هرچند کاهش گروه کنترل اندک است. بااین‌حال میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است.

جدول (۴): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد عملکرد اجتماعی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۸/۶۰	۲/۴۱	۱۰	۸/۰۰	۲/۲۶
آزمایش	۱۰	۹/۳۰	۲/۹۱	۱۰	۴/۵۰	۱/۵۸

همان‌گونه که نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد، میانگین افسردگی گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون از گروه آزمایش کمتر است، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش کاهش‌یافته است و از گروه کنترل کمتر شده است.

جدول (۵): شاخص‌های توصیفی نمرات بعد افسردگی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۶/۵۰	۳/۲۴	۱۰	۶/۵۰	۱/۵۸
آزمایش	۱۰	۷/۸۰	۱/۸۱	۱۰	۵/۶۰	۲/۷۶

آمار استنباطی

در این بخش ابتدا با توجه به تعداد کم آزمودنی‌ها برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون، پیش‌شرط ضروری بود. نتایج به‌دست‌آمده از آزمون لِوین نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس نمرات سلامت‌روان در مرحله پس‌آزمون برقرار است ($F_{1,18}$=۰/۳۲۵, p>۰/۰۵).

نتایج به‌دست‌آمده از آزمون لوین در بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در چهار خرده مقیاس سلامت‌روان نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس نمرات علائم جسمانی ($F_{1,18}$=۰/۱۶۵, p>۰/۰۵)، اضطراب و بی‌خوابی ($F_{1,18}$=۰/۱۶۰, p>۰/۰۵)، عملکرد اجتماعی ($F_{1,18}$=۰/۱۷۷, p>۰/۰۵) و افسردگی ($F_{1,18}$=۰/۴۱۵, p>۰/۰۵) در مرحله پس‌آزمون برقرار است.

پس از محاسبه مفروضه یکسانی واریانس‌ها، جهت بررسی فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج حاصل، این فرض نیز مورد تأیید قرار گرفت (p>۰/۰۵) و می‌توان نتیجه گرفت بین گروه‌ها و پیش‌آزمون در متغیر سلامت‌روان تعاملی وجود ندارد.

این مفروضه برای چهار خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی (p>۰/۰۵) نیز موردبررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد در مورد تمامی این خرده مقیاس‌ها فرض یکسانی شیب رگرسیون برقرار است. همچنین یکسانی شیب رگرسیون چندگانه (ترکیب پیش‌آزمون‌ها با پس‌آزمون‌ها) نیز موردبررسی قرار گرفت (p>۰/۰۵) که نتایج نشان داد فرض یکسانی شیب رگرسیون چندگانه برقرار است.

در ادامه از آزمون t گروه‌های مستقل به‌منظور مقایسه نمرات آزمودنی‌های دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون استفاده شد.

همان‌طور که نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد با توجه به مقدار t محاسبه‌شده، تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در نمرات پیش‌آزمون معنادار نیستند (p>۰/۰۵)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در متغیر سلامت‌روان و ابعاد آن بین نمرات آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی وجود ندارد.

جدول (۶): خلاصه اطلاعات آزمون t برای مقایسه میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت-روان و ابعاد آن در پیش‌آزمون

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معنی‌داری
سلامت روان	کنترل	۱۰	۳۰	۶/۷۵	-۱/۱۱۲	۰/۲۸۱
	آزمایش	۱۰	۳۲/۲۰	۶/۱۱		
علائم جسمانی	کنترل	۱۰	۶/۵۰	۲/۲۲	-۱/۳۰۷	۰/۲۰۸
	آزمایش	۱۰	۸/۰۰	۲/۸۷		

اضطراب و بی‌خوابی	کنترل	۱۰	۸/۴۰	۲/۸۴	۰/۲۳۱	۰/۸۲۰
	آزمایش	۱۰	۸/۱۰	۲/۹۶		
عملکرد اجتماعی	کنترل	۱۰	۸/۶۰	۲/۴۱	-۰/۵۸۶	۰/۵۶۵
	آزمایش	۱۰	۹/۳۰	۲/۹۱		
افسردگی	کنترل	۱۰	۶/۵۰	۳/۲۴	-۱/۱۰۷	۰/۲۸۳
	آزمایش	۱۰	۷/۸۰	۱/۸۱		

در ادامه پس‌ازاینکه مشخص شد بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل چند متغیره استفاده شد.

فرضیه اصلی تحقیق بیانگر آن بود که معنادرمانی‌گروهی برافزایش سلامت‌روان دانش-آموزان خوابگاهی مؤثر است.

همان‌طور که در جدول (۷) مشاهده می‌شود، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، فرضیه اصلی پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی گروهی برافزایش سلامت‌روان دانش‌آموزان خوابگاهی مورد تأیید قرار گرفت ($F_{1,18}$ =۷۶/۴۶۶,p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود معنادرمانی‌گروهی با ۹۹ درصد اطمینان موجب افزایش سلامت‌روان دانش‌آموزان خوابگاهی گردیده است. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش و متغیر وابسته وجود دارد (p<۰/۰۰۱).

جدول (۷): تحلیل چند متغیره جهت بررسی سلامت‌روان در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
سلامت روان	پیش‌آزمون	۳۱۵/۲۲۴	۱	۳۱۵/۲۲۴	۵۳/۵۲۱	۰/۰۰۱
	گروه	۶۰۵/۹۸۷	۱	۶۰۵/۹۸۷	۷۶/۴۶۶	۰/۰۰۱
	خطا	۱۲۸/۰۷۶	۱۷	۷/۵۳۴		
	کل	۱۲۶۳۷/۰۰	۲۰			

فرضیه‌ی فرعی اول تحقیق بیانگر آن بود که معنادرمانی‌گروهی بر کاهش علائم جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

همان‌طور که جدول (۸) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی اول پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی‌گروهی بر کاهش علائم جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مورد تأیید قرار

گرفت ($F_{1,18}$ =۶/۸۹۲,p<۰/۰۵)؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود معنادرمانی گروهی با ۹۵ درصد اطمینان موجب کاهش علائم‌جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی گردیده است. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش بعد علائم‌جسمانی وجود دارد (p<۰/51).

جدول (۸): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد علائم‌جسمانی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۱۰/۹۳۷	۱	۱۰/۹۳۷	۳/۶۵۴	۰/۰۵۱
	گروه	۱۹/۲۹۷	۱	۱۹/۲۹۷	۶/۸۹۲	۰/۰۱۴
	خطا	۴۱/۴۶۳	۱۷	۲/۴۳۹		
	کل	۷۳۸/۰۰	۲۰			

فرضیه‌ی فرعی دوم تحقیق بیانگر این بود که معنادرمانی‌گروهی بر کاهش میزان اضطراب و بی‌خوابی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر معنادرمانی‌گروهی بر کاهش میزان اضطراب و بی‌خوابی دانش‌آموزان خوابگاهی در مرحله پس‌آزمون بررسی شد. همان‌طور که جدول (۹) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی دوم پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی‌گروهی بر کاهش میزان اضطراب و بی‌خوابی دانش‌آموزان خوابگاهی مورد تأیید قرار گرفت ($F_{1,18}$ =۱۴/۳۵۷,p<۰/۰۰۱)؛ یعنی بین میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش-آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش و بعد سلامت‌جسمانی وجود دارد (p<۰/۰۱).

جدول (۹): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد اضطراب و بی‌خوابی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
اضطراب و بی‌خوابی	پیش‌آزمون	۴۳/۶۸۶	۱	۴۳/۶۸۶	۱۳/۱۵۶	۰/۰۰۱
	گروه	۴۹/۱۱۴	۱	۴۹/۱۱۴	۱۴/۳۵۷	۰/۰۰۱
	خطا	۵۸/۴۱۴	۱۷	۳/۴۳۶		
	کل	۹۱۳/۰۰	۲۰			

فرضیه‌ی فرعی سوم تحقیق بیانگر این بود که معنادرمانی‌گروهی در بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

برای بررسی این فرضیه، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر معنادرمانی گروهی در بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان خوابگاهی در مرحله پس‌آزمون موردبررسی قرار گرفت. همان‌طور که جدول (۱۰) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی سوم پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی-گروهی برافزایش عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان مورد تأیید قرار گرفت ($F_{1,18}$ =۲۰/۴۴۴,p<۰/۰۰۱)؛ یعنی بین میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه‌ی معناداری بین همپراش و بعد عملکرد اجتماعی وجود ندارد (p>۰/۰۵).

جدول (۱۰): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد عملکرد اجتماعی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۴/۰۵۶	۱	۱۴/۰۵۶	۴/۵۴۳	۰/۰۴۹
	گروه	۶۸/۳۱۹	۱	۶۸/۳۱۹	۲۰/۴۴۴	۰/۰۰۱
	خطا	۵۴/۴۴۴	۱۷	۳/۲۰۳		
	کل	۹۱۱/۰۰	۲۰			

فرضیه‌ی فرعی چهارم تحقیق بیانگر این بود که معنادرمانی‌گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر است.

پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر معنادرمانی‌گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان موردبررسی قرار گرفت. همان‌طور که جدول (۱۱) نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، خرده فرضیه‌ی چهارم پژوهش یعنی اثربخش بودن معنادرمانی‌گروهی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان مورد تأیید قرار نگرفت ($F_{1,18}$ =۴/۰۷۴,p>۰/۰۵).

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان بیان کرد که بین میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و معنادرمانی گروهی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان اثربخش نبوده است. بررسی اثرهمپراش نمرات پیش‌آزمون نیز نشان داد با کنترل متغیر مستقل، رابطه معناداری بین همپراش و بعد افسردگی وجود ندارد (p>۰/۰۵).

جدول (۱۱): تحلیل چند متغیره جهت بررسی بعد افسردگی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
افسردگی	پیش‌آزمون	۱/۹۸۶	۱	۱/۹۸۶	۰/۸۹۵	۰/۳۲۲
	گروه	۵/۳۰۴	۱	۵/۳۰۴	۴/۰۷۴	۰/۱۲۵
	خطا	۸۸/۹۱۴	۱۷	۵/۲۳۰		
	کل	۸۲۷/۰۰	۲۰			

بحث

یافته‌های برآمده از این تحقیق نشان داد که معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی بر بهبود وضعیت جسمانی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر بود. این یافته با نتایج یافته‌های (Nagata, 2003)، (Roudini,2005) و (Ghanbarizarandi, 2008) همخوانی دارد؛ اما با یافته‌های (Fakhar, 2006) و (Afkhamrezaie, 2008) همسو نمی‌باشد. فرانکل معتقد است که یافتن معنا در عوارض و آلام فرد، نوعی تغییر خوش‌بینانه را ایجاد می‌کند که می‌تواند ناامیدی را به پیروزی تبدیل کرده و به افراد کمک می‌کند به‌جای این‌که قربانی محض شرایط خود باشند، از طریق افزایش آگاهی و مسئولیت به شرکت‌کنندگانی فعال در حیات خود تبدیل شوند (Godrati & els, 2010، به نقل از Breitbart 2004).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد جلسات معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Saunders, 1996)، (Dezurillas & Nezu, 1999)، (Roudini,2005)، (Yousefi, 2006)، (Fakhar, 2006) و (Ghanbarizarandi, 2008) همسو می‌باشد. معنادرمانی اضطراب را ناشی از قصد قوی یا وافر می‌داند بنابراین در خلال درمان مراجعان درمی‌یابند که بر رهایی از مشکل تأکید نکنند بلکه با پذیرش آن با مشکل زندگی کنند. در این پژوهش نیز دانش‌آموزان به دلیل نارضایتی از وضع موجود مانند سختی دوران تحصیل، هزینه‌ی تحصیل، دوری از خانواده، نگرانی در مورد آینده به‌شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند. از دیگر دلایل اضطراب افراد این است که سرنوشت خود را محصول عوامل غیرارادی یعنی جبرگرایی و محیط تصور می‌کنند درحالی‌که معنادرمانی انسان را صاحب عقل و اختیار می‌داند و زندگی را بر پایه‌ی آزادی و اختیار تبیین می‌کند بنابراین بر مبنای اختیار، دانش‌آموزان این نوع زندگی را انتخاب کرده‌اند و به همین دلیل با به‌کارگیری معنادرمانی و تأکید بر قدرت انتخاب، اضطراب دانش‌آموزان کاهش یافت.

یافته‌های بعدی پژوهش نشان داد جلسات معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی بر بهبود عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان مؤثر بود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های (Roudini,2005)، (Fakhar, 2006)، (Godrati & els, 2010) همخوانی دارد ولی با یافته‌های (Afkhamrezaie, 2008) و (Ghanbarizarandi, 2008) همسو نیست. معنادرمانی فرانکل می‌تواند به افرادی که دچار اختلال در کارکرد اجتماعی هستند کمک کند که ارزش‌های فعلی خود را تغییر داده و ارزش‌های متناسب با موقعیت خود ایجاد کنند. به‌-خصوص از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی و تجربی می‌توان گام‌های مؤثری در این زمینه برداشت. در معنادرمانی تلاش می‌شود تا به افراد کمک شود از طریق منابع مهم یافتن معنا مانند کار کردن، کمک به دیگران و عشق ورزیدن به دیگران احساس مفید بودن کنند.

علاوه بر این، نتایج جلسات معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر نبوده است. نتایج این پژوهش با نتایج (Fakhar, 2006) و (Pourebrahim, 2006) همسو بوده است؛ اما با نتایج (Schulenberg, 2002)، (Alfered & els, 2006)، (Pavel & Somov, 2007)، (Yousefi, 2006)، (Godrati & els, 2010)، (Afkhamrezaie, 2008)، (Rezaie, 2008) همخوانی ندارد. در رویکرد معنادرمانی برای کاهش افسردگی از فرایندهای درمانی مانند خود فاصله‌گیری استفاده می‌شود تا از طریق آن فرد از مشکل خود کنار کشیده و معقول‌تر عمل کند. در فرایند تغییر نگرش نیز تلاش می‌شود تا مراجع مشکلات منفی را به‌صورت احتمالات مثبت مجدداً قالب‌بندی کند. در فرایند کاهش مشکل، درمانگر تلاش می‌کند مراجع آزادی لازم را برای جستجوی پتانسیل‌های مثبت جدید در زندگی کسب کند و سرانجام موفق شود معنای مثبت و جدیدی را در زندگی کشف کند (Godrati & els, 2010، به نقل از Miller & Min, 1999).

کاهش افسردگی در نوجوانان و کشف معنا با کمک گرفتن از عوامل زیر امکان‌پذیر است: ۱. ایجاد رابطه‌ی درمانی ۲. ایجاد بینش از طریق موردتوجه قرار دادن هویت، ارزش‌ها و اهداف ۳. قالب‌بندی مجدد افسردگی ۴. کشف معنا در افسردگی ۵. دنبال کردن آن معنا. البته هدف معنادرمانی لزوماً کاهش افسردگی نیست، بلکه معنادرمانی خواهان پیدا کردن معنا و دنبال کردن آن است. هنگامی نوجوانان از ارزش‌های خودآگاهی کامل نداشته باشند و یا این‌که در جهت مخالف باارزش‌های خود قدم بردارند دچار افسردگی و دیگر اختلالات روانی می‌شوند (Blair, 2004).

در پایان می‌توان نتیجه گرفت درمان‌گروهی بر مبنای دیدگاه فرانکل برافزایش سلامت‌روان دانش‌آموزان خوابگاهی مؤثر بود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های (Sunheechoo, 2008)،

(Godrati & els, 2010) ،(Afkhamrezaie, 2008) ،(Ghanbarizarandi, 2008) ،(Fakhar, 2006) همخوانی دارد. دراین‌باره می‌توان گفت برای افزایش سلامت‌روان باید به‌تمامی ابعاد وجود که طبق گفته‌ی فرانکل شامل بدن، فکر و روح است توجه کرد. یکی از علل کاهش سلامت‌روانی افراد، نداشتن معنا در زندگی و نپذیرفتن مسئولیت می‌باشد؛ بنابراین اگر شخص در موقعیتی قرار گیرد که نتواند شرایط را تغییر دهد، می‌تواند نگرش خود نسبت به وضعیت را تغییر دهد که این کار نوعی متعالی کردن خود از رهگذر معنایابی است به‌خصوص هنگامی که رنج کشیدن اجتناب‌ناپذیر باشد.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش دانش‌آموزان به دلیل نارضایتی از وضع موجود مانند سختی دوران تحصیل و دوری از خانواده به‌شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند. به همین دلیل معنادرمانی با ارائه روش‌های خاص باعث افزایش سلامت روان دانش‌آموزان خوابگاهی شد. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان عنوان کرد که انسان واکنش خود را برابر رنج‌ها، سختی‌های ناخواسته و شرایط محیطی، خود انتخاب می‌کند و هیچ‌کس را جز خود او یارای آن نیست که این حق را از او بازستاند. آنچه انسان را از پای درمی‌آورد رنج‌ها و سرنوشت نامطلوب نیست بلکه بی‌معنا شدن زندگی است. معنا تنها در شادمانی و خوشی نیست بلکه در رنج و سختی هم می‌توان معنایی یافت. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا واپسین دم زندگی معنا خواهد داشت.

پس می‌توان گفت معنای زندگی امری مشروط نیست؛ زیرا معنای زندگی می‌تواند حتی بالقوه درد و رنج را نیز در برگیرد. Frankel (۱۹۶۷) در نگرش خود به‌سلامت روان، بر اراده‌ی معطوف به معنا تأکید عمده دارد. در نظام فکری تنها یک انگیزش بنیادی وجود دارد: اراده‌ی معطوف به معنا، چنان نیرومند است که می‌تواند همه‌ی انگیزش‌های دیگر انسان را تحت‌الشعاع قرار دهد. اراده‌ی معطوف به معنا برای سلامت روان حیاتی است و در اوضاع و شرایط حاد حداقل برای بقا ضروری است (Frankel, 1967 ترجمه‌ی Maarefi, 2006). علی‌رغم نگرانی Frankel (۱۹۹۲)، از این‌که ممکن است انسان‌ها در زندگی توجهی به معانی معنوی نکنند و در محدوده‌ی ارزش‌های مادی بمانند، می‌توان با برگزاری جلسات تعریف‌شده‌ای با تغییر معنای زندگی، سطح سلامت آن‌ها را تغییر داد (Afkhamrezaie, 2008).

به نقل از (Frankel, 1992) چون بعد معنوی انسان از طریق تعالی نیز قابل حصول است مردم از این طریق از محدوده‌ی خویشتن زیست‌شناختی و روان‌شناختی فراتر می‌روند و صاحب ارزش‌های خاصی

می‌شوند و معنای زندگی خویش را درمی‌یابند و با تعالی نفس می‌توانند خویشتن حقیقی خود را دریابند. موضوعی که ازنظر May & Yalom (۱۹۸۹)، در شکل‌های گروهی درمان بیشتر اتفاق می‌افتد. چون در طی درمان گروهی انسان‌ها به زندگی که سفر طولانی خودکاوی است متعهد می‌شوند (Afkhamrezaie, 2008 به نقل از Corey, 1990). در پایان این نتیجه‌ی کلی استنباط می‌شود که افراد نمونه با آموزش روش معنادرمانی توانستند معنا را در درون خود کشف کنند و امید، انگیزه و سلامت روان آنان افزایش یابد و در برخورد با چالش‌ها به‌طور مسئولانه عمل نمایند.

منابع

افخم رضایی، زهرا. (۱۳۸۷). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقا سلامت‌روان. اندیشه و رفتار. ۳،۴، ۷۸-۶۹.

پورابراهیم، تقی. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی دو شیوه مشاوره‌گروهی‌معنادرمانی با مشاوره فردی چندالگویی بر کاهش افسردگی سالمندان آسایشگاه‌های تهران. پایان‌نامه دکترای مشاوره. دانشگاه علامه طباطبایی.

رسولی، مریم. یغمایی، فریده؛ و علوی‌مجد، حمید. (۱۳۸۹). ویژگی‌های‌روان‌سنجی (مقیاس امیدواری نوجوانان) در نوجوانان ساکن مراکز شبانه‌روزی. فصلنامه پایش. ۹،۲، ۲۰۴-۱۹۷.

رضایی، هما. (۱۳۸۷). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی در افسردگی بیماران *MS*. پژوهش‌نامه تربیتی دانشگاه آزاد بروجرد. ۱۶، ۷۱-۵۳.

رودینی، بالقیس. (۱۳۸۵). بررسی سودمندی معنادرمانی گروهی در بهبود سلامت‌روان مردان مبتلا به ویروس *HIV*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشگاه خاتم.

شولتز، دوان. (۱۳۸۴). روان‌شناسی کمال. ترجمه گیتی خوشدل. چاپ سوم. تهران: پیکان.

فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). آزمون‌های سلامت روان. چاپ هفتم. تهران: بعثت.

فخار، فرشاد. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر افزایش سطح سلامت روان زنان سالمند. مجله سالمندی ایران. ۳،۷، ۶۷-۵۸.

فرانکل، ویکتور. (۱۳۸۶). انسان در جستجوی معنا. ترجمه اکبر معارفی. چاپ هشتم. تهران: دانشگاه تهران.

قدرتی، سیما. تبریزی، مصطفی و اسماعیلی، معصومه. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر دیدگاه فرانکل بر افزایش سلامت‌عمومی بیماران *MS*. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. تابستان ۸۹ ،۹،۳۴، ۲۵- ۷.

قنبری‌زرندی، زهرا. (۱۳۸۷). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر ارتقا سلامت‌عمومی زنان آسیب دیده از زلزله. مجله علمی- پژوهشی تحقیقات زنان. زمستان ۱۳۸۷. ۳،۴، ۶۶-۵۷.

گرفمی، هاجر. (۱۳۸۸). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه. اندیشه و رفتار. ۴،۱۳، ۴۲-۳۵.

مسعودزاده، عباس. خلیلیان، علیرضا. اشرفی، مهسا. کیمیابیگی، کامران. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت‌روانی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر ساری سال تحصیلی ۸۲-۸۱. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۴،۴۵، ۸۲-۷۴.

منصور، لادن. ملاشریفی، شیدا. وخشور، حسن. (۱۳۸۸). ساخت پرسش‌نامه سازگاری‌خوابگاهی و هنجاریابی آن در مورد دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. ۸،۲۹، ۷۵-۶۶.

میلانی‌فر، بهروز. (۱۳۷۸). بهداشت روانی. چاپ سوم. تهران: قومس.

هدایتی، ناجی. (۱۳۸۵). اثربخشی مشاوره‌گروهی به‌روش معنادرمانی فرانکل بر کاهش ناامیدی در نوجوانان سنین بین ۱۸- ۱۳ سال هنرستان آزادگان سقز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

یوسفی، ناصر. اعتمادی، عذرا. بهرامی، فاطمه. فاتحی‌زاده، مریم السادات. احمدی، سیداحمد. ماورانی، عبدالعزیز. عیسی‌نژاد، امید. بطلانی، سعید. (۱۳۸۸). اثربخشی معنادرمانگری و گشتالت‌درمانگری در درمان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری. فصلنامه روانشناسان ایرانی. ۵،۱۹، ۲۵۹-۲۵۱.

Afkhamrezai, Z. (2008). Group logotherapy on mental health promotion effectiveness. *Journal of Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 3(9), 69-78.

Pouribrahim, T. (2006). Comparison of two methods of group counseling with individual counseling Logotherapy a model of depression in elderly nursing home in Tehran. Consultation PhD thesis. Allame Tabatabaei University.

Rasouli, M. Yaghmaii, F. Allavimajd, H. (2010) Psychology Features (measuring youth hopefully) Adolescents who living in boarding houses. *Journal of Payesh*. 2, 197-204.

Rezai, H. (2008). Effectiveness group logo therapy in depressed MS patient. Educative bulletin of Brojerd Azad University. 16, 53-71.

Rodiny, B. (2006). Survey usefulness of group logotherapy in improving mental health in men who suffering to HIV virus. Master thesis. Tehran, Khatem University.

Schultz D. (1997). Perfection psychology. Translated by Gity Khoshdel, (2005).3, Tehran: Peykan.

Fathiashtiany, A. (2009). Mental health Tests. 7, Tehran: Be'sat.

Fakhar, F. (2008). Checking the effect of group counseling with the approach of logo therapy on the increase level of mental health in older women. *Iranian Journal of Ageing*. 3(7), 58-67.

Frankel, V. (1967). Man's in searching of meaning. Translated by Akbar Moarefy. 2007. 8, Tehran: Tehran University.

Ghodrati. S. Tabrizi, M. Esmaili, M. (2010). Checking Effectiveness of group therapy based on Frankel's viewpoint on the rising public health of MS patient. *Journal of Counseling Research & Developments*. Summer 2010. 9(34), 7-25.

Ghanbarizarandi, Z. (2008). Effectiveness of group counseling with the approach of logo therapy on upgrade the public health of women who affected of earthquake. Scientific-research of women study magazine. Winter 2008. 4, 57-66.

Garfami, H. (2009). Effectiveness of group logotherapy on reduces symptoms of mental health problem in women with breast concern. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(13), 35-42.

Masoudzadeh, A. Khalilian, A. Ashrafy, M. Kimiabeigi, K. (2004). Checking mental health education of high school student in Sari city academic year 2002-2003.*The Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 14(45). 74-82.

Mansour. L. Molashardifi, S. Vekhshor, H. (2009). Create Questionnaire of dorm compatibility and Normalization that about the students of Tehran's Universities. *Journal of Counseling Research & Developments*. 8(29). 66-75.

Milanifar, B. (1999). Mental health. 3. Tehran: Ghomes.

Hedaiaty. N. (2006). Effectiveness of group counseling by the Frankel logotherapy method on decreasing disappointment in teenager on the ages between 13-18 in Saqez Azadegan School. Master thesis, Allame Tabatabay University.

Yusefi. N. Etemadi, O. Bahrami, F. Fatehizadeh, M. Ahmadi, A. Mavarani, A. Isanejad, O. Botlani, S. (2009). Effectiveness of logotherapy and gestalt therapy in treating anxiety, depression and aggression. *Journal of Iranian psychology*. 5(19). 251-259.

Alfried, L. Britt, M. Syke. S. (2006) Victor frankl advocate for humanity: on his 100 birthday. *The Journal of humanistic Psychology*. 46, 36- 47.

Blair, r. g. (2004) Helping older adolescents search for meaning in depression. *Journal of mental health counseling*. 26(4), 333- 347.

Dzurillas, T. Nezu, A. (1999) Problem Solving therapy: *A Social Competence approach to Clinical intervention.* New York. Springer.153-167.

Fisher, S. Hood, B. (1988) Vulnerability factors in the transition to university: self report mobility history and differences factors of Psychological disturbance. *British Journal of Psychology.* 79, 309- 320.

Hutzell, R. R. Mary, E. J. (1990) The use of Logotherapy technique in the treatment of multiple personality disorder. ***dissociation***. 3 (2), 88-93.

Nagata, K. (2003) A Study of Logotherapy for clinic low back pain patent. *Psychiatry.* 105, 88-100.

Pavel, G. Somov, R. (2007) Meaning of life group. Group application of Logotherapy for substance use treatment. *Journal for specialist in group work*. 32, 316- 331.

Robert, Cifford, Adram, (1998) Prevalence of Psychopatology among children and adolescents. *AMJ Psychiatry*. 715- 725.

Saunders, T. (1996) the effect of stress inoculation training on anxiety and reformance. *Journal of occupational health Psychology*. 1, 190- 207.

Schulenberg, S. E. (2002) Logotherapy and conduct disorder. *The international Journal for Logotherapy.* 25, 52- 67.

Simsek, Z. Erol, N. Oztop. Muner, K. (2007) prevalence and predictor of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community control. *Chidren and youth services Review*. article in press. 251-272.

Sunhee, c. (2008) Effect of Logo autobiography program on meaning in life and mental health in the wives of alcoholics association researcher institute of Nursing science. Seoul National university, Seoul Korea. ***Asian nursing research***. 2(2), 129-139.